Estado de Illinois
Departamento de servicios médicos y familiares
Departamento de servicios humanos
Redeterminación de Medicaid de Illinois

00051
HH_NAME (MGI_NULL_SPANISH)
ADDRESS LINE1
ADDRESS LINE2
CITY ST

00051
IMR7AZE
00-IMR2BR1E-3
MGI - ES

772010101

12 de febrero de 2014

Nº de Caso: 066066010011Y

Estimado HH_NAME (MGI_NULL_SPANISH),

¡Es el momento de renovar su cobertura médica!

Éste es el momento para la renovación, también conocida como “redeterminación” o “re-de”.

Esto es lo que tiene que hacer:

1. Responda a todas las preguntas de este formulario.
2. Asegúrese de que toda la información sea la correcta. Si alguna información está mal, por favor táchela y escriba la información correcta.
3. Firme este formulario al final de la **página 3**.
4. Anexe documentos de prueba de ingresos y gastos y otras pruebas que le pidamos.
5. Envíe su formulario firmado y todas las pruebas a más tardar el **5 de febrero de 2014**.

Envíe su formulario y sus pruebas a nuestras oficinas en alguna de estas maneras:

→ **Fax** su formulario y sus pruebas al 1-866-661-7025

→ **Correo** su formulario y sus pruebas en el sobre que le enviamos

→ **Correo electrónico** su formulario y sus pruebas a www.medredes.hfs.illinois.gov

¿Alguna pregunta? Llame al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458). ¡La llamada es gratis! Llame de lunes a viernes de 7 a.m. a 7:30 p.m. y los sábados, de 8 a.m. to 1 p.m. Envíenos mensajes electrónicos a **www.medredes.hfs.illinois.gov** o envíe un fax al 1-866-661-7025.We have information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.

Por favor dé vuelta a la página ►►►

Sus beneficios médicos podrían terminar si usted no envía sus comprobantes antes del 5 de febrero de 2014.

Llámenos al 1-855-458-4945 (TTY: 1-855-694-5458) si usted no puede enviar a tiempo todo lo que pedimos o si tiene alguna pregunta. Podríamos ayudarle a obtener las pruebas que necesite.

Muchas gracias.

Redeterminación de Medicaid de Illinois

Estado de Illinois
Departamento de servicios médicos y familiares
Departamento de servicios humanos
Redeterminación de Medicaid de Illinois

772010101

Nº de Caso: 066066010011Y

Formulario de renovación médica

1. ¿Todavía viven con usted estas personas?

MEMBER NAME1	01/01/1999	☐ Sí ☐ No

2. Díganos sobre cualquier otra persona que viva con usted:

Nombre *Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (Jr., Sr., II o III)*	**Fecha de nacimiento** *(mes/día/año)*	**Parentesco con usted** *(por ejemplo: esposo/esposa, hijo, padre)*
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Parentesco:

3. ¿Usted o alguien que viva con usted está embarazada?

Si es "sí", nombre:_____ Fecha esperada del porto:_____ Cuántos bebés espera:_____

4. ¿Usted o alguna persona que viva con usted obtuvo un seguro médico nuevo el año pasado? ☐ Sí ☐ No

Si es "sí", nombre del plan de seguro:_____ Número de póliza: _____

¿Quién está cubierto por este seguro médico? _____

Nombre del plan de seguro:_____ Número de póliza: _____

¿Quién está cubierto por este seguro médico? _____

5. ¿Usted o alguna persona que viva con usted declarará impuestos federales sobre ingresos el año próximo para informar de los ingresos ganados este año? ☐ Sí ☐ No

Si es "sí", nombre del declarante: _____

Si esta persona ***declarará conjuntamente con su esposo/esposa,*** escriba el nombre del esposo/esposa:

_____

Si esta persona ***anotará dependientes*** en su declaración de impuestos, escriba los nombres de los dependientes:

_____ _____

_____ _____

¿Alguna pregunta? Llame al **1-855-458-4945** (TTY: 1-855-694-5458). ¡La llamada es gratis! Llame de lunes a viernes de 7 a.m. a 7:30 p.m. y los sábados, de 8 a.m. a 1 p.m. Envíenos mensajes electrónicos a **www.medredes.hfs.illinois.gov** o envíe un fax al 1-866-661-7025. We have information in English. Free interpretation services! Call 1-855-458-4945.

02-03-1

Redetermination Notice (MAGI)
02/14 - MGI - ES - 1
20440212.999990000100 - 772010101
26 - 74894

6. ¿Alguna otra persona puede anotarle a usted como dependiente en su declaración de impuestos?
☐ **Sí** ☐ **No**

Si es "sí"*,* nombre de la persona:_____ Parentesco con usted:_____

7. ¿Usted y todas las personas que viven con usted aún reciben estos ingresos de estas fuentes?

Salario, sueldos y propinas de todas las personas..... *(total antes de descontar los impuestos)*	Total mensual: **$1111.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Ingresos por trabajo por su cuenta de todas las personas *(ganancias una vez pagados los gastos del negocio)*	Total mensual: **$2222.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Desempleo de todas las personas.....	Total mensual: **$3333.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Seguro Social de todas las personas.....	Total mensual: **$4444.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Ingresos de seguridad complementarios (SSI) de todas las personas	Total mensual: **$9999.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Ingresos por pensiones o jubilación de todas las personas	Total mensual: **$5555.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Respaldo conyugal recibido por todas las personas.....	Total mensual: **$6666.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Ingresos por intereses o inversiones de todas las personas	Total mensual: **$8888.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Cuotas por rentas o regalías de todas las personas.....	Total mensual: **$7777.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No
Otros ingresos de todas las personas.....	Total mensual: **$3399.99**	¿Esto es correcto? ☐ Sí ☐ No

➡ ***Si usted marcó <u>no</u>*** *en cualquier ingreso, escriba la cantidad correcta en la sección siguiente.*

8. ¿Usted o alguna de las personas que viven con usted recibe otros ingresos? *Marque todo lo aplicable.*

☐ Salario, sueldos y propinas	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Trabajo por su cuenta	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Desempleo	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Seguro Social	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Ingresos de seguridad complementarios (SSI)	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Ingresos por pensiones o jubilación	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Respaldo conyugal o manutención infantil	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Herencia o fideicomiso	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Cuotas por rentas o regalías	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Otro:_____	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

➡ *Anexe pruebas de la cantidad de cualquier ingreso recibido en los últimos 30 días.*

9. Si piensa declarar impuestos ¿usted o alguna de las personas que viven con usted tiene estos gastos deducibles de impuestos? *Marque todo lo aplicable.*

☐ Respaldo conyugal pagado a alguna otra persona	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Intereses pagados por préstamos estudiantiles	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?
☐ Otro: _____	¿Cuánto?	¿Con qué frecuencia?

➡ *Anexe pruebas de todos los gastos pagados en los últimos 30 días.*

10. Lea y firme abajo:

- Entiendo que los funcionarios a cargo de mis beneficios médicos podrían comprobar toda la información de este formulario.
- Entiendo que podrían hacer comprobaciones electrónicas de mi información. Debo cooperar si me piden ayuda para comprobar mi información.
- Entiendo que cualquier persona que mienta o dé información falsa o que incite a otra persona para que mienta deliberadamente o que proporcione información falsa o que abuse intencionalmente de la tarjeta para benficios médicos expedida por el estado de Illinois, podría estar cometiendo un delito, que puede ser perseguido o castigado según las leyes del estado, las leyes federales o ambas.
- Si el Departamento de servicios médicos y familiares de Illinois paga facturas médicas en mi nombre, el estado de Illinois podría cobrar mis pagos de respaldo médico en mi lugar.
- Firmo este formulario bajo pena de perjurio. O sea, que la información que he dado en este formulario de renovación, es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y que podría ser castigado según la ley si doy información falsa o incorrecta.

_____ _____

Su firma La fecha de hoy

11. ¡Recuerde! Asegúrese de haber contestado a todas las preguntas y de haber firmado el formulario.

➡ Envíe este formulario con todas las pruebas a nuestras oficinás a mas tardar el **5 de febrero de 2014.**